Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg.
(Direktor: Prof. Dr. C. J. Gauß.)

Über das spätere Auftreten von Ovarialcarcinom nach operativer Entfernung gutartiger epithelialer Ovarialtumoren.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Fritz Backhaus

aus Darmstadt.

1937

Buchdruckerei Richard Mayr, Würzburg

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Prof. Dr. med. C. J. Gauß.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549802_0176

Inhaltsangabe.

I. Ziel der Arbeit: Entstehungsmöglichkeiten des bösartigen Recidivs gutartiger epithelialer Ovarialtumoren, dessen Häufigkeit und die sich daraus für die Therapie ergebenden Schlüsse.

II. Über die Einteilung der Ovarialtumoren und die Schwierigkeiten einer genauen Klassifikation der epithelialen Geschwülste, insbesondere des papillären Cystadenoms.

III. Über bösartige Recidive gutartiger Ovarialtumoren und die Ursache ihrer Entstehung (nach Angaben der Literatur).

IV. Häufigkeit des Recidivs nach den Angaben der Literatur.

V. Die an der Univ.-Frauenklinik Würzburg beobachteten bösartigen Recidive nach operativer Entfernung gutartiger Ovarialtumoren. (in 10 Jahren 3 Fälle).

VI. Therapeutisches Verhalten.

VII. Zusammenfassung.

Angeregt durch die Beobachtung eines Falles von linksseitigem Ovarialcarcinom, das ein Jahr nach operativer Entfernung eines gutartigen Cystadenoms des rechten Ovars aufgetreten war. soll diese Arbeit nach den Erfahrungen der Literatur sowohl als auch nach denen der Würzburger Univ.-Frauenklinik die Entstehungsmöglichkeiten des bösartigen Recidivs, dessen Häufigkeit und die sich daraus für die Therapie ergebenden Schlüsse behandeln.

In keinem Organ des menschlichen Organismus findet man so häufige und so vielgestaltige Geschwulstbildungen wie in den Ovarien. Das ist vielleicht verständlich dadurch, daß es nirgends im Körper ein so reiches Zelleben von der frühesten embryonalen Entwicklung bis zum Erlöschen seiner Tätigkeit im Klimakterium gibt, wie hier. Die Ovarialtumoren pflegt man nach Pfannenstiel einzuteilen in:

I. Epitheliale Geschwülste.
   1. gutartige: Adenome.
      a) Cystadenoma pseudomucinosum,
      b) Cystadenoma papillare (ciliatum, serosum).
   2. bösartige: Carcinome.

II. Bindegewebige Geschwülste.
   1. gutartige: Fibrome, Fibromyome, Osteome, Chondrome, Myxome.
   2. bösartige: Sarkome, Endotheliome.

III. Ovulogene Geschwülste (Teratome).
   1. gutartige: Dermoid (Teratoma adultum),
   2. bösartige: Teratoblastom (Teratoma embryonale).

Diese Einteilung hat den Vorzug großer Übersichtlichkeit und genügt auch meist allen praktischen Bedürfnissen.

Bei eingehendem Studium der Klinik und pathologischen Anatomie der Ovarialtumoren, insbesondere der epithelialen Geschwülste aber ergeben sich Schwierigkeiten einer Klassifikation und man stellt fest, daß sich hier mehr als in irgend einem anderen Organ die Grenzen zwischen Gut- und Bösartigkeit verwischen. Die klinische Bewertung ist durch die schon lange bekannte Unsicherheit in ihrem morphologischen Bau oft nur begrenzt möglich. Man findet in der Literatur immer wieder Versuche einer Einteilung, die histogenetisch-morphologisch den Ovarialtumoren gerecht werden möchte, aber zur Zeit ist diese noch nicht möglich.

Eine Formgruppe zeichnet sich ganz besonders durch Unsicherheit im klinischen und anatomischen Verhalten aus. Es sind dies die papillären Cystadenome. Nach Simon (1) gibt es hier einerseits For-

men, die im anatomischen Aufbau völlig gutartig erscheinen, während sich ihr klinischer Verlauf bösartig gestaltet, andererseits gibt es wieder Fälle, die nach dem mikroskopischen Befund untrügliche Malignitätszeichen tragen, aber trotzdem im klinischen Sinne keineswegs bösartig verlaufen. Man findet bei den papillären Cystadenomen alle Uebergänge von den eindeutig gutartigen bis zu den unverkennbaren bösartigen Formen.

Da von vornherein eine gewisse Unklarheit im Charakter des Tumors, ganz besonders aber des papillären Cystadenoms gegeben ist, so steht und fällt auch damit die Annahme eines bösartigen Recidivs nach Entfernung eines immer mit Vorsicht zu bewertenden gutartigen Tumors. Warum sollte nicht der Verdacht auftreten, daß, wenn sich nach Entfernung eines gutartigen Tumors späterhin einmal ein malignes Recidiv einstellt, bei der histologischen Untersuchung des primären Tumors eine bereits degenerierte Stelle übersehen wurde? Dann müßte man Polano (2) Recht geben, der der Meinung ist, daß das Auftreten einer malignen Metastase als Beweis dafür anzusehen ist, daß schon bei der Primärgeschwulst Malignität vorlag, aber der Untersuchung entging. Diese Annahme wird dadurch erhärtet, daß die häufig partielle carcinomatöse Entartung des Cystadenoms, sei es pseudomucinös oder papillär zunächst keine Symptome macht. Dann könnte man sich auch die Entstehung eines Recidivs erklären, das ja dann denselben Charakter wie die Primärgeschwulst besäße, also maligne wäre. Es könnten ja kleine Reste des ursprünglichen Geschwulstes stehengeblieben sein, oder durch Platzen des Tumors ins Wundbett Keime verschleppt worden sein. Von diesem Rest oder implantierten Keim kann sich möglicherweise langsam eine neue Tochtergeschwulst entwickeln. Das Zurücklassen von Tumorresten kommt nach Pfannenstiel (3) gerade bei den serösen papillären Cystomen deshalb häufig vor, weil dasselbe so häufig intraligamentär sitzt und deshalb schwer zu entfernen ist. Oder es handelt sich um Oberflächenpapillome mit kurzem, morschem, von epithelialen Drüsenschläuchen durchsetztem Stiel, welcher zu kurz abgetragen wurde. Haben schon nach Pfannenstiel (3) die Pseudomucin-Cystome keine Neigung zu veröden, so trifft dies in erhöhtem Maße die papillären Cystome. Wenn es sich allerdings, pathologisch-anatomisch einwandfrei festgestellt, bei dem ersten operativ entfernten Tumor um einen gutartigen handelt, dann gibt es nur folgende Möglichkeiten einer Erklärung: Es sind Partikel des Tumors bei der Operation zurückgelassen worden, die dann weiterwuchsen und späterhin maligne degenerierten, oder es ist bei der Resection bezw. bei der Entfernung des gesamten Ovarialgewebes an der Stelle, an der das kranke Gewebe entfernt wurde, auf dem Boden eines durch die Operation gesetzten Reizes späterhin ein Carcinom entstanden, das mit dem primären Tumor direkt in keiner Beziehung steht.

Völlig unabhängig von der Erkrankung des einen Ovars kann natürlich nach Jahren das zweite Ovarium auch erkranken, auch wenn es bei Besichtigung bei offener Bauchhöhle gesund befunden wurde. Wenn nach operativer Entfernung eines gutartigen Ovarialcystoms einerseits, später auf der anderen Seite ein Carcinom entsteht, so ist eine Beziehung beider Erkrankungen nur dann denkbar, wenn bei der pathologisch-anatomischen Untersuchung des ersten Tumors eine teilweise, nur geringe carcinomatöse Entartung übersehen wurde. Dann könnte man das Carcinom links als Metastase des ersteren auffassen. Nach Pfannenstiel (3) ist dies möglich. Für wahrscheinlicher aber nimmt er die Erklärung an, daß ebenso wie in einem Organ die Neubildung oft an mehreren Zentren einsetzt, so auch gelegentlich die beiden gleichnamigen Organe auf einen Reiz, wenn auch nicht immer, gleichzeitig reagieren und deshalb Geschwülste produzieren, analog dem doppelseitigen Mammacarcinom.

Nach Glockner (4) gehen von dem bei der Operation zurückgelassenen gesunden Eierstock der anderen Seite nur selten wieder Tumoren aus und zwar abermals wieder Pseudomucin-Cystome in 1,8%, Pseudomyxome in 0,4%, Carcinome nur in 0,7%.

Mourgue Molines und André Guibal (5) berichten insgesamt 80 Fälle, bei denen nach einer Ovariotomie Recidive auf dem anderen Ovar auftraten. Von diesen sollen 22 als maligne anzusprechen gewesen sein und nur 7 Carcinome. Ueber die Entstehungsmöglichkeit des Recidivs kommen sie zu folgender Ansicht:

I. Primärdoppelseitige Anlage (die zweite bei der ersten Operation makroskopisch noch nicht sichtbar).
II. Die zweite Cyste Metastase der ersten.
III. Implantationsmetastase der ersten Cyste.
IV. Kann die zweite Cyste wie die erste durch einen unbekannten Reiz entstanden sein.

Rosenstein (6) zeigt in einer Uebersicht über die verschiedenen Arten von Ovarialtumoren, daß allen eine mehr oder minder große Neigung zur Doppelseitigkeit zu eigen ist. Er sagt, daß die in der Literatur vorhandenen Zahlenangaben stark schwanken, daß aber aus allen hervorgeht, daß diese Neigung bereits bei den gutartigen Tumoren nachweisbar und bei den bösartigen außerordentlich häufig ist. Es wird auch auf die Schwierigkeit hingewiesen, die gutartigen Cystadenome von den bösartigen zu unterscheiden. Metastasierung von einem Ovar ins andere sei für die meisten Fälle nicht anzunehmen. Eine befriedigende Erklärung ist nach seiner Meinung nicht zu geben, es scheint sich jedoch bei der Bildung von Ovarialtumoren nicht um eine lokalisierte Organerkrankung, sondern um die Erkrankung eines Organsystems zu handeln.

Vauverts (7) berichtet über 26 wegen einseitigen Pseudomucincystoms vorgenommene Ovariotomien, die nach mehreren Jahren zur

Nachuntersuchung kamen. Bei 16 Fällen von uni- oder paneiloculären Cysten fanden sich keine, bei 10 multiloculären 3 Recidive.

Bei der Untersuchung des Materials der Würzburger Universitäts-Frauenklinik, das sämtliche Fälle vom Jahre 1923 bis zum Jahre 1933, die unter der Diagnose Ovarialcarcinom behandelt wurden, berücksichtigt, konnte nur in ganz seltenen Fällen aus der Anamnese festgestellt werden, daß früher schon einmal eine Ovariotomie wegen eines anscheinend gutartigen Ovarialtumors vorgenommen wurde.

Folgende Fälle, die für eine kritische Besprechung dankbar erscheinen, kamen zur Beobachtung:

Fall 1:

Aus der operativen Abteilung 1931 Nr. 216.

M. G. 24 J. alt.

Am 7. 1. 1930 wird die 23j. Pat. M. G. aufgenommen, weil sie seit Sommer vorigen Jahres ein langsames Stärkerwerden des Unterleibs bemerkt. In den letzten 6 Wochen war die Zunahme besonders stark. Schmerzen und Fieber waren nie vorhanden. Die Menstruation, die früher regelmäßig ohne Besonderheiten auftrat, tritt seit einem halben Jahr alle 14 Tage unter nur sehr schwachem Blutverlust auf.

Befund: Hühnereigroßer, anteflectierter Uterus, rechts neben und oberhalb des Uterus fühlt man einen prallelastischen Tumor, dessen oberer Pol bis zum Rippenbogen reicht.

Operation am 30. 1. 1930: Der Tumor geht vom rechten Ovar aus. Durch Troikar wird der dünnflüssige, schleimige Inhalt entleert und die Cyste in typischer Weise abgetragen. „Die Inspektion der linken Adnexe läßt keine Besonderheiten erkennen!"

Nach keilförmiger Excision der Tube und Peritonealisierung, Schluß der Bauchhöhle.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Durchaus gutartiges multiloculäres, schleimbildendes Cystadenom des rechten Ovars.

Die Pat. verließ gesund 10 Tage nach der Operation die Klinik. Ein Jahr lang fühlte die Pat. sich vollkommen gesund. Im Februar 1931 aber tritt wieder eine Unregelmäßigkeit in der Periode ein. Die Pat. bemerkt wieder eine Zunahme des Leibumfanges.

Befund: Uterus anteflectiert, retroponiert, links hinter ihm befindet sich ein kindskopfgroßer prallelastischer Tumor. Bei Prüfung des Schultze'schen Zeichens bleibt der Tumor liegen.

Operation am 31. 3. 1931: Der Tumor geht vom linken Ovar aus. Die Cyste ist mit markich-weichem Tumorgewebe gefüllt. Sie wird mit der linken Tube zusammen in typischer Weise abgetragen. Die Revision des Netzes zeigt zahlreiche Tumormetastasen, von denen eine reseziert wird.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Schleimbildendes Cystocarcinom des linken Ovars, mit infiltrierender Metastase von gleichem Bau im großen Netz mit der Structur des gewöhnlichen Adenocarcinoms. Ein viertel Jahr nach der Operation ist die Pat. zu Hause ad exitum gekommen.

Es handelt sich also hier zunächst um ein gutartiges, multiloculäres Cystadenom des rechten Ovars, das operativ entfernt wird, wobei die linke Seite nichts Krankhaftes erkennen läßt. Schon nach einem Jahr aber ist das linke Ovarium carcinomatös entartet und sind Metastasen im großen Netz vorhanden.

Es drängt sich die Frage auf: Hat dieses Carcinom zu dem ein Jahr früher vorhandenen gutartigen Cystadenom auf der rechten Seite irgendeine Beziehung? Dies wäre nur dann denkbar, wenn der erste Tumor auf der rechten Seite auch an irgendeiner Stelle carcinomatös entartet gewesen wäre, dies aber bei der pathologisch-anatomischen Untersuchung übersehen wurde. Sicherlich handelt es sich aber in unserem Fall um ein primäres Carcinom des linken Eierstocks, das mit der Cyste auf der anderen Seite in keinerlei Beziehung steht. Merkwürdig und ungeklärt bleibt nur die Tatsache, daß bei der Besichtigung der linken Adnexe während der ersten Operation diese vollkommen frei befunden wurden und daß im Laufe eines Jahres sich ein Carcinom von solchem Ausmaß mit zahlreichen Tumormetastasen im großen Netz entwickelt hat.

Fall 2:

Op. Abt. 1932 Nr. 603.

E. G. 39 Jahre alt.

Am 29. 11. 1918 wird die damals 39 j. Pat. E. G. wegen andauernden Kreuzschmerzen aufgenommen.

Befund: Uterus tiefretroflectiert, fixiert und ziemlich groß.

Operation am 2. 12. 18. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich der Uterus retroflectiert, aber nicht fixiert. Das rechte Ovarium ist pflaumengroß und papillär. Es wird abgebunden und entfernt. Das linke Ovarium fühlt sich normal an und bleibt zurück.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Cystadenoma Papillare.

Die Pat. wird 4 Wochen nach der Operation geheilt entlassen.

Im Nov. 1932, also nach 14 Jahren, kommt die Pat. mit Klagen über ziehende Schmerzen in der Unterbauchgegend wieder.

Befund: Uterus anteflectiert (profixiert). Dicht unter den Bauchdecken, breit nach beiden Seiten ausladend, ca. 1½ faustgroßer, schlecht beweglicher Tumor, der druckschmerzhaft ist. Rectal ergeben sich im Douglas knollige bis kleinhühnereigroße Tumoren hinter dem Uterus.

Operation am 26. 12. 1932: ½ Ltr. Ascites wird entleert. Die Se-

rosa des Dünndarms ist teilweise hochrot, von hirsekorngroßen Knötchen besetzt, die als carcinomatöse Aussaat angesehen werden. In der rechten Hälfte des kleinen Beckens kindskopfgroßer, prallelastischer Tumor. Auf seiner Oberfläche ist Dünndarm und Sigmoid adhärent. Der teils prallelastische, teils solide Tumor, der wohl dem rechten Ovar angehört, wird abgetragen. Auf eine Auslösung der linken Adnexe und des Uterus wird mit Rücksicht auf die Inoperabilität (Netzmetastasen) verzichtet.

Diagnose: Rechter maligner Ovarialtumor, Netzmetastasen, carcinomatöse Aussaat auf den Dünndarm, Ascites.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Cystopapillom mit Carcinom; in dem soliden Teil sind die Cysten fast vollständig von den Papillomen ausgefüllt, in dem freibleibendem Raum liegen abgestoßene und abgestorbene Epithelien mit viel Fett und Cholesterin. In den bindegewebigen Scheidewänden zwischen den Cysten vielfach eingewachsene Drüsenschläuche, welche krebsigen Charakter anzeigen. Neben dem soliden Teil steht eine walnußgroße Cyste mit seröser Flüssigkeit und massenhaftem Cholestearin, in der Wand dieser Cyste liegt Krebsgewebe.

Die Pat. bekommt anschließend eine Peritonitis, an der sie am 1. 12. 32 ad exitum kommt.

Es handelt sich hier also zunächst um ein Cystadenoma papillare auf der rechten Seite, das operativ entfernt wird. Nach 14 Jahren unterzieht sich die Pat. einer zweiten Operation und diese ergibt einen malignen Tumor, der vom rechten Ovar ausgeht. — Ob es sich hier um eine Metastase des vor 14 Jahren entfernten Eierstockstumors handelt, bei dem womöglich kleine Tumorpartikelchen zurückblieben oder versprengt wurden, oder ob es sich um ein primäres Carcinom handelt, das auf dem Boden eines zurückgelassenen Eierstocksrestes entstanden ist, bleibt die Frage.

Einen ähnlichen Fall wie Fall 2 berichtet Recke (8), Kiel: Es fand sich bei der ersten Operation ein cystisch-degeneriertes Ovar, an der Innenwand der Cysten wurden papillomatöse Wucherungen festgestellt. Erst 19 Jahre später entwickelte sich aus dem zurückgelassenen Ovarialrest eine kindskopfgroße, derbe Geschwulst mit relativ flacher Oberfläche. Der Tumor war stark mit dem Darm verwachsen. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein papilläres Carcinom, das bis in die Muskulatur des adhärenten Darmabschnittes vorgedrungen war. Eine Metastase von dem vor 19 Jahren entfernten Eierstockstumor, der sich damals als gutartig erwies, wird vom Verfasser abgelehnt. Es handelt sich nach seiner Ansicht um ein primäres Carcinom, spät entstanden, in einem ursprünglich zurückgelassenen Eierstocksrest.

Fall 3:

Op. Abt. 1927. Nr. 250. R. S. 47 Jahre alt.

Am 2. 3. 1927 wird die 47 j. Pat. R. S. aufgenommen. Seit 2 bis 3 Jahren bemerkt sie ein allmähliches Zunehmen des Leibesumfanges. Seit 4 Monaten treten Schmerzen im Kreuz auf. Arbeitsfähigkeit seit einigen Monaten unmöglich.

Befund: Leib mächtig aufgetrieben, Bauchdecken außerordentlich fettreich, man fühlt einen prallgespannten Tumor, Einzelheiten wegen der fettreichen Bauchdecken nicht herauszutasten.

Operation am 18. 6. 27: Sie ergibt ein multiloculäres Ovarialcystom rechts mit vereinzelten papillären Excrescenzen auf der Innenfläche. Retroflectio uteri fixata. Verwachsungen mit Darm, Netz und Peritoneum. Es werden die Adhäsionen gelöst und der Tumor einschließlich der rechten Tube exstirpiert.

Pathologisch-anatomische Diagnose: gutartiges, multiloculäres, schleimbildendes, cystisches Adenom. Pat. wird am 8. 7. 27 geheilt entlassen.

Am 1. 2. 29 kommt Pat. wieder in die Klinik (Op. Abt. 1929 Nr. 68).

Befund: Mächtig aufgetriebner Leib (Umfang 138 cm). Die Portio ist ganz nach vorne gedrängt. Hinter dem Uterus fühlt man eine absolut unbegrenzbare, derbe Resistenz, die bis an die Beckenwand heranzieht und sich nicht isolieren läßt. Nach obenhin läßt sich der Tumor nicht weiterverfolgen, da bei der ungewöhnlich starken Auftreibung des Leibes eine Fassung unmöglich ist. Ausgesprochene Flankendämpfung, die bei Seitwärtslagerung verschwindet, ohne Zweifel freier Ascites.

Nach dem ganzen Befund scheint es sich um ein malignes Recidiv zu handeln, nach Exstirpation eines Ovarialtumors, auch wenn der erste Tumor pathologisch-anatomisch gutartig war. Oder es handelt sich um einen vom linken Ovar ausgehenden malignen Tumor. Andere Möglichkeiten sind undenkbar.

Leider erfolgte ohne Operation und ohne Autopsie am 5. 2. 29 der Exitus.

Wäre die Meinung, daß es sich um ein malignes Recidiv handelt, richtig, so würde Fall 3 dem Fall 2 ähneln, ist es aber ein vom linken Ovar ausgehender maligner Tumor, so ist er eine Ergänzung des Falles 1.

Aus der Gefahr einer bösartigen Recidivierung des ursprünglichen Ovarialgeschwulstes heraus, insbesondere auch wegen des Zurücklassens von Tumorpartikeln ist eine technisch einwandfreie exakte Ovariotomie Voraussetzung. Zwei Wege gibt es um zur Geschwulst zu gelangen: den vaginalen und den abdominalen. Bei dem ersteren gibt es wieder zwei Möglichkeiten, die Kolpotomia anterior, die be-

sonders von Dührssen, A. Martin, Schauta, Wertheim bevorzugt wurde, und die Kolpotomia posterior, deren Anhänger Bumm, Makkenrodt und besonders Döderlein sind. Für alle großen Geschwülste, für solche, die verwachsen sind, und dadurch in ihrer Beweglichkeit beschränkt sind, für solide, kleincystisch-höckrige, stielgedrehte und bösartige eignet sich die vaginale Ovariotomie aber nicht (Kermauer (9)). Hier wählt man den auch zuerst beschrittenen (M'Dowell in Kentucky im Dezember 1809), heute von der Mehrzahl der Aerzte bevorzugten abdominalen Weg. Im einzelnen geht man hier folgendermaßen vor: Als Bauchschnitt wird im allgemeinen der mediane Längsschnitt (Kermauer (10)) gegen alle anderen Methoden vorgezogen. Der Fascienquerschnitt nach Pfannenstiel kommt nur bei freien beweglichen, kleineren oder verkleinerungsfähigen, voraussichtlich einkammerigen Cysten in Frage. Eine Verkleinerung der Geschwulst durch Punktion wird nur bei sicher nicht bösartigen Geschwülsten vorgenommen.

Zur Punktion verwendet man den Troikar. Dies ist ein rechtwinkelig gebogenes, kleinfingerdickes Rohr, das an einem Ende abgeschrägt und zugeschärft ist. Am anderen Ende befindet sich ein zu einem Gefäß hingeleiteter Gummischlauch. Bei der Verkleinerung der Cyste wird die Wand desselben mit Zangen vorgezogen. Sind Netz- oder Darmverwachsungen vorhanden, so werden diese beim Vorziehen scharf oder stumpf gelöst. Schließlich erreichen wir den Balg des Tumors, an dem wir dann die Geschwulst abtragen. Vorher fassen wir noch das Ligamentum infundibulo-pelvicum, den Eileiter und das Eierstocksband in kleine Klemmen, die wir später durch Catgutfäden ersetzen. Bei der Abbindung des Ligamentum ovario-pelvicum ist auf den Harnleiter zu achten. Endlich bleibt uns noch die Aufgabe, die Stümpfe zu peritonisieren. Bevor man aber überhaupt zur Abtragung der Geschwulst übergeht, empfiehlt es sich, den zweiten Eierstock erst einer eingehenden Kontrolle zu unterziehen, um darüber klar zu werden, ob nicht eine Resection mit Erhaltung von Eierstocksgewebe, falls der andere auch erkrankt ist, vorzuziehen ist.

Um die Frage zu entscheiden, wie man sich bei einseitiger Erkrankung des Ovars gegenüber dem anderen gesunden verhalten soll, rät Mayer (11), nicht zu doppelseitiger Ovariotomie, man solle sich jedenfalls bei jugendlichen Patientinnen mit einseitiger Ovariotomie begnügen. Doppelseitige Ovariotomie oder Radikaloperation soll man sich am besten für das höhere Alter reservieren. Um die Frage zu entscheiden, ob man bei einseitigem Pseudomucincystom das andere makroskopisch gesunde Ovarium erhalten soll, wird von Vauverts (7) auf Grund der schon berichteten Erfahrungen und auf Grund insbesondere aber auch einer 1073 Fälle umfassenden Statistik von Spencer Wells zu konservativem Vorgehen bei jüngeren Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter und bei makroskopisch offenbar gesundem zweiten Ovar, ge-

raten. Eine langjährige Kontrolle der Operierten ist nötig. Die Ansichten von Velits und Pfannenstiel (12), die vor 20 Jahren vorgeschlagen haben, bei allen zur Doppelseitigkeit neigenden Ovarialgeschwülsten den anderen Eierstock ohne Rücksicht auf das Lebensalter mitzuentfernen, dürften zu radikal und bedenklich sein, wenigstens in Bezug auf die Cystadenome. Man erzeugt damit ein vorzeitiges Klimakterium, welches umso schwerere Erscheinungen hervorruft, je eher man die Frau ihrer Ovarien beraubt.

Zusammenfassung.

Sowohl nach den Angaben der Literatur als auch nach den Erfahrungen der Würzburger Universitäts-Frauenklinik ist die Gefahr der Entstehung eines Ovarialcarcinoms nach operativer Entfernung eines Cystadenoms nur verschwindend klein. An unserer Klinik wurde bei den in 10 Jahren zur Behandlung gekommenen Ovarialcarcinomen nur in 3 Fällen früher einmal ein Cystadenom operativ entfernt.

Bei der großen Zahl der beobachteten Ovarialcarcinome einerseits und der ebenso großen Zahl der durchgeführten Ovariotomien andererseits, die alljährlich in einer Universitätsklinik ausgeführt werden, ist dies ein kaum faßbarer Prozentsatz.

Um jegliche Gefahr einer Recidivierung zu beseitigen, muß eine technisch einwandfreie Operation unter möglichster Vermeidung des Zurücklassens von Tumorpartikelchen durchgeführt werden. Das Ovar der anderen Seite muß bei der Operation einer genauen Besichtigung unterzogen werden. Wird es als gesund befunden, so besteht auch beim papillären Cystadenom keine Veranlassung es zu exstirpieren.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. C. J. Gauß für die Übernahme des Referats, sowie die mir während der Anfertigung erteilten wertvollen Ratschläge meinen besten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

1. Simon, Strahlentherapie Bd. 46 S. 444.
2. Polano, Strahlentherapie Bd. 48 S. 465.
3. Pfannenstiel, Veit Handbuch Bd. IV S. 168 u. S. 507—509.
4. Glockner, Halban-Seitz Bd. V. 2. S. 815.
5. Mourgue Molines u. André Guibal, Berichte über die gesamte Gynäkologie V. S. 262.
6. Rosenstein, Zentralblatt f. Gynäkologie 1928 S. 568.
7. Vauverts, Berichte über die gesamte Gynäkologie Bd. 17 S. 277.
8. Recke, Zentralblatt für die gesamte Gynäkologie 1930 S. 2974.
9. Kermauer, Veit-Stöckel Bd. 7 S. 524.
10. Kermauer, Veit-Stöckel Bd. 7 S. 527.
11. Mayer, Halban-Seitz V,2 S. 815.
12. Velits u. Pfannenstiel, Veit-Stöckel IV. 1.

Lebenslauf.

Am 1. Juli 1908 wurde ich als Sohn des Kaufmanns Friedrich Backhaus zu Darmstadt geboren. Vom Jahre 1915—1928 besuchte ich das Realgymnasium in Darmstadt und bestand an dieser Schule im Februar 1928 die Reifeprüfung. Ich widmete mich dann dem Studium der Medizin und verbrachte die vorklinischen Semester an den Universitäten Frankfurt a. M., Wien und Würzburg, die klinischen an den Universitäten Heidelberg, Frankfurt a. M. und Würzburg. Im April 1931 bestand ich die ärztliche Vorprüfung, im Februar 1934 beendete ich mein Staatsexamen. Während der Praktikantenzeit verweilte ich an der Univ.-Frauenklinik in Würzburg, an der chirurg. Abteilung des Elisabethenstiftes in Darmstadt und an der med. Univ.-Klinik in Frankfurt a. M. Am 31. März 1935 erhielt ich die Approbation als Arzt und war dann bis jetzt als Volontärassistent an der Med. Univ.-Klinik in Frankfurt a. M. tätig.

Hiermit versichere ich ehrenwörtlich, daß ich die vorstehende Arbeit selbständig durchgeführt und außer den angegebenen Quellen keine anderen Hilfsmittel benutzt habe.

Fritz Backhaus.